Lane Medical Library

Aus der II. Universitätsfrauenklinik München
Vorstand: Prof. Dr. WEBER

Myom und Gravidität

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
in der gesamten Medizin
verfaßt und einer
hohen medizinischen Fakultät
der
Bayer. Ludwigs-Maximilians-Universität zu München
vorgelegt von

ALFRED DEISZ
aus München.

München 1926

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153302_0120

Seitdem Kombinationen und damit auch Komplikationen von Myom und Schwangerschaft beobachtet werden, schwebt eine lebhafte Diskussion über diese für zwei Menschenleben gleich bedeutungsvolle Anomalie und man kam dabei zu interessanten Studien über die Beziehungen Myom und Fertilität, ferner über den Verlauf von Schwangerschaft und Wochenbett bei Uterusmyom.

Daß ein Myom auf die Konzeption und den Verlauf einer Gravidität keinen Einfluß zu haben braucht, bedarf bei Kenntnis der Tatsache, daß bei jedem möglichen Sitz, bei jeder möglichen Größe, bei solitären und multiplen Myomen Schwangerschaft mit normalem Verlauf beobachtet worden ist, keines Beweises mehr. Umgekehrt vermag eine myomatöse Neubildung auf die Fruchtbarkeit einer Frau sicherlich die verschiedensten nachhaltigen Folgen auszuüben.

Die Ansichten über Myom und Fertilität zeigen bei einem geschichtlichen Rückblick auf die vergangenen Jahrzehnte ein sehr wechselvolles Bild. 1887 erklärt Lawrence Bristol auf dem internationalen Kongreß der medizinischen Wissenschaften zu Washington: Wenn eine Patientin mit Uterusfibrom nicht an symptomatischen Störungen leidet, so sage man ihr, daß sie wahrscheinlich niemals schwanger werden würde und daß, wenn sie es würde, sie wahrscheinlich an Blutungen sterben würde. Demgegenüber steht die, zuerst vor nunmehr 20 Jahren von Hofmeier verfochtene Anschauung. Dieser Autor behauptet, daß Myome den Eintritt der Schwangerschaft meist begünstigen, indem sie die Menopause später eintreten ließen als gewöhnlich. Heute geht die meist verfochtene Ansicht dahin, daß von einem fertilitätsfördernden Einfluß der Myome wohl nicht gesprochen werden darf, daß vielmehr die Myome im allgemeinen direkt oder durch die von ihnen gesetzten sekundären Veränderungen der Genitalien als Hindernisse für die Konzeption recht oft in Frage kommen. So hatte nach Döderleins Beobachtungen die allgemeine Fertilität mit durchschnittlich 4,5 Schwangerschaften nur 2,7–3,4 Schwangerschaften verheirateter Myomträgerinnen sich gegenüber. Auch für die II. gynäkologische Klinik zu München

ergab sich nach Donderer bei einem Myommaterial von insgesamt 500 Fällen (1910—1920) die Durchschnittsziffer von 2,8 Kindern für Myomfrauen.

Tritt trotz myomatöser Erkrankung des Uterus Konzeption ein, so können einerseits Myome durch Umwandlungen, denen sie im Laufe der Schwangerschaft unterworfen sind, mancherlei Gefahren und Beschwerden für den Organismus heraufbeschwören, anderseits ist auch die Fortdauer der Schwangerschaft durch sie in Frage gestellt. Und wird schließlich die Frucht ausgetragen, so können sich noch bei der Geburt und im Wochenbett die mannigfachsten Komplikationen einstellen.

Während einer Gravidität kann es zu Veränderungen der myomatösen Tumoren in Lage, Größe und Konsistenz kommen. Verlagerung von Myomen wird durch das Wachsen der Frucht und das dadurch bedingte Höhersteigen des Uterus bedingt. Über das Größerwerden der Myome in der Schwangerschaft ist zu sagen, daß diese Veränderung die breitaufsitzenden Geschwülste mehr betrifft als die gestielten, weil sie gleichsam als ein Teil der Uteruswandung den physiologischen Veränderungen der Gebärmutter folgen müssen. Die Zunahme an Größe kann ganz enorm sein, Vergrößerungen um das zwei- oder dreifache sieht man nicht selten. Dies erklärt sich aus richtiger Zellvermehrung, daneben kommt es auch zur Durchtränkung und ödematösen Schwellung der Tumoren und dadurch zur Größenzunahme. In letzterem Falle steht die Konsistenzveränderung, bedingt durch venöse Stauung im Vordergrund des Interesses, wodurch die Myome weich und zusammendrückbar werden. Zystische Entartung tritt ein, wenn nach Thrombose der Gefäße die Flüssigkeit in das umliegende Gewebe eindringt und der durch die Flüssigkeit ausgeübte Druck die Muskelfasern zum Schwinden bringt. Skeptisch muß man sich der wiederholt ausgesprochenen Möglichkeit gegenüber verhalten, daß Myome während der Schwangerschaft besonders leicht maligne (sarkomatös) degenerieren.

Von regressiven Veränderungen sei mehrmals beobachteter Wachstumsstillstand und Nekrose von Tumoren während der Gravidität erwähnt. Ganz selten kommt es zur Vereiterung und Verjauchung.

Nun zur Beeinflussung der Gravidität durch Myome. Der gesamte Organismus der Frau kann je nach Größe und Sitz der

Geschwülste in Mitleidenschaft gezogen werden. Der Leib kann eine kolossale Ausdehnung erfahren, die Bauchdecken werden aufs äußerste gespannt, sämtliche Abdominalorgane können erheblich komprimiert werden, das Zwerchfell wird nach oben verdrängt, sodaß sich die Lungen nicht mehr genügend ausdehnen können, an das Herz, das manchmal verlagert wird, werden so große Anforderungen gestellt, daß es zu erlahmen droht. Sitzt der Tumor im kleinen Becken, so kann er bei größerem Wachstum einen Druck auf die Ureteren ausüben und dadurch Harnverhaltung veranlassen, Kompressionen des Rectums und der Vesica können Kotstauung und Blasenbeschwerden im Gefolge haben. Werden die großen Venen komprimiert, so tritt Ödem der Beine ein, eine Alteration der Nervenstämme des Plexus lumbalis oder sacralis wird von diesen mit den heftigsten Neuralgien beantwortet. Nicht selten treten peritoneale Reizerscheinungen auf.

Die Beeinflussung des schwangeren Uterus selbst äußert sich besonders in Blutungen, die besonders in der ersten Zeit der Gravidität auftreten. Eine weitere Gefahr bedeutet die besonders durch Corpusmyome bedingte Insertion des Eies am falschen Ort. Durch Lokalisation am Tubenwinkel kann das Myom die Tuben verschließen und sogar Extrauteringravidität bedingen. Placenta praevia soll bei Myomatosis uteri prozentual häufiger beobachtet werden. Als Ursache hiefür wird von den meisten Autoren die Erweiterung der Uterushöhle und die durch abnorme Sekretion bedingte Glätte der Schleimhaut angeführt. Neben myomatösen Hämorrhagien können durch Myome verursachte Lageveränderungen des Uterus Abort zur Folge haben. Hiezu disponiert besonders Retroversion der schwangeren Gebärmutter. Kommt es bei völliger Abknickung des Uterus nicht zum Abort, dann macht unter Umständen eine incarceratio uteri gravidi schwere Folgeerscheinungen, in seltenen Fällen kann es zur ruptura uteri bei extrem ausgedehnter Gebärmutter kommen.

Über die Veränderungen der Decidua, Eihäute und Placenta in dem graviden und puerperalen Uterus myomatosus ist zusammenfassend zu sagen, daß bei submucösen Myomen die darüberliegende Decidua atrophisch wird, während sie bei subserösen und interstitiellen Myomen ihren normalen Entwicklungsgang erfährt.

Die Placenta foetalis zeigt, falls sie dem Myom direkt aufliegt, eine mangelhafte Entwicklung der in ihrer normalen Struktur nicht wesentlich veränderten Zotten. Die spongiöse Schicht der Placenta wird atrophisch bis zum völligen Schwund und ebenso findet sich als Ursache einer allzu festen Haftung der Eihäute nicht selten eine teilweise hyaline Degeneration der Deziduazellen.

Schließlich können noch Myome während der Schwangerschaft zur Deformierung des Fötus Veranlassung geben und das besonders bei multiplen interstitiellen harten Myomen, wenn sie die Uterushöhle eng und unregelmäßig gestalten.

Die unstreitig häufigste und wichtigste Einwirkung der Myome auf den Fötus besteht in der Beeinflussung des Kindes innerhalb des Fruchthalters. Zwar ist es für die Entwicklung der Frucht vollständig gleichgültig, wie sie im Uterus gelagert ist, doch nimmt meist schon während der Gravidität das Kind eine bestimmte Lage ein, die es dann bis zu deren Ende und auch bei der Geburt beibehalten kann.

Ich komme damit zu den Komplikationen, welche das Myom auf den Verlauf einer Geburt ausüben kann. Vor allem zu betonen ist, daß ein hochgradig myomatös entarteter Uterus unter Umständen seine Funktion in den einzelnen Geburtsperioden zu erfüllen vermag, während bei anderen Frauen sehr kleine Fibroide bestanden, die indes durch ihren Sitz eine derartige Verengerung der Geburtswege bewirkten, daß das Kind auch zerstückelt nicht hätte geboren werden können. Solche Tumoren äußern ihren Einfluß hauptsächlich auf die Fruchtlage, indem einerseits der gravide Uterus durch ihre Anwesenheit eine abnorme Gestaltung erhält und weiterhin die Einstellung und Fixation des kindlichen Schädels sehr erschwert wird. Auf die austreibenden Kräfte üben Myome im allgemeinen einen hemmenden Einfluß aus, zumal die interstitiellen Tumoren; denn diese unterbrechen mehr oder weniger die Kontinuität der Uteruswand, sodaß eine gleichmäßige Zusammenziehung nicht mehr gewährleistet wird. Eine besondere Gefahr, die während der Geburt auftreten kann, besteht in der drohenden Uterusruptur. Wenn auch derartige Fälle nicht allzu häufig sind, so verdienen sie doch wegen ihrer Gefährlichkeit Erwähnung. Unter dem Einfluß der Wehentätigkeit kommt es auch nicht selten zur vorzeitigen Lösung der Placenta, aus der dann erhebliche Blutungen resultieren. Die inversio uteri post partum ist bei einem myoma-

tösen Uterus leichter möglich, weil zu der mangelhaften Kontraktion und Retraktion des Organs noch der Zug vonseiten der Tumoren hinzutritt. In der Nachgeburtsperiode liegt die Gefahr vor allem in der ungenügenden Kontraktion und der dadurch bedingten starken Blutungen. Ferner kann es leicht zu retentio placentae kommen, wenn diese auf dem Boden eines submukösen Myoms sitzt. Auch die Eihäute können mit solchen Myomen innig verwachsen sein.

Im Wochenbett besteht neben häufig auftretenden atonischen Nachblutungen die gesteigerte Möglichkeit einer purperalen Infektion. Die Eintrittspforte für die Bakterien ist nach der Geburt besonders bei interstitiellen und submukösen Myomen gleichsam geöffnet und sie finden in ihnen einen außerordentlich günstigen Nährboden. Die notwendige Folge sind Vereiterung und Verjauchung. Die Gefahr einer Allgemeininfektion ist damit gegeben.

In umgekehrtem Sinne finden sich in Berichten klinischer Beobachtung Beispiele dafür, daß die Myome während des Wochenbettes Veränderungen durchmachen, welche für die Trägerin als günstig bezeichnet werden müssen. In vielen Fällen werden auffallende Verkleinerungen beobachtet. Zu erklären ist diese Erscheinung mit der vor sich gehenden Involution des Uterus während des Wochenbettes. Auch andere regressive Veränderungen kommen vor; so werden Fälle berichtet, in denen die Myome einer eitrigen Einschmelzung anheimfielen, der Eiter entleerte sich spontan und die Frau wurde auf diese Weise von ihrem Myom befreit.

Über die Diagnose des gleichzeitigen Bestehens von Myom und Schwangerschaft ist zu sagen, daß dieselbe häufig nicht gestellt wird und zwar wird wegen der Größenverhältnisse in der ersten Hälfte der Gravidität diese durch die Geschwulst verdeckt und in der zweiten Hälfte kann der große gravide Uterus und eine erhebliche Bauchdeckenspannung die Palpation eines etwa bestehenden Tumors erschweren. Küstner äußert sich hiezu bei sicherem Nachweis von Myom spreche für eingetretene Schwangerschaft, wenn weiche fluktuierende Stellen neben harten zu tasten sind, nach Opitz ist es fast sicher für Schwangerschaft beweisend, wenn Kontraktionen des Uterus nachweisbar sind, die nur selten bei Myom beobachtet werden.

Die Prognose kann im allgemeinen als gut bezeichnet werden, wenn die Patientinnen mit der nötigen Asepsis behandelt werden.

Während der Schwangerschaft kommt es nur selten zu bedrohlichen Symptomen, die noch zu besprechenden operativen Eingriffe während der Geburt sind für die Mutter nicht gefährlicher als während der Schwangerschaft, für die Kinder ist die Zeit der Geburt zu operativen Eingriffen günstiger als die der Schwangerschaft.

Die Therapie von Myom und Gravidität ist gesondert zu betrachten, je nachdem es sich um Komplikationen während der Schwangerschaft, Geburt oder des Wochenbettes handelt.

Während der Schwangerschaft: Noch vor einigen Jahrzehnten ging man entsprechend der pessimistischen Auffassung der Fälle von Schwangerschaft und Myom sehr aktiv vor. Seinerzeit wird noch von Schröder und von v. Winkel in allen Fällen die Unterbrechung der Schwangerschaft empfohlen, doch zeigte sich, daß Abort und Frühgeburt wegen Kompliziertheit und Schwerzugänglichkeit der Uterushöhle gelegentlich recht schwierig einzuleiten waren und außerdem die beträchtlich erhöhte Gefahr einer septischen Infektion — Süßerott berechnet 37,5% mütterliche Mortalität — trotz antiseptischer Maßnahmen gegeben war. Man verwarf die Unterbrechung wieder, die jetzt höchstens noch bei vitaler Indikation ausgeführt wird. Vor 2—3 Jahrzehnten versuchte man sich sodann in der isolierten Entfernung des Myoms durch Enukleation oder Amputation. Die Resultate dieser Operationsmethode waren aber nicht befriedigend. Es blieben häufig versprengte Myomkeime zurück, die bald nach der Operation durch vermehrtes Wachstum in Erscheinung traten. Blutungen nach Enukleation waren nicht selten, auch Läsionen, sogar Eröffnung der Uterushöhle ereigneten sich, sodaß der Operateur z. B. Troell in 157 Fällen zwölfmal gezwungen war, zur Totalextirpation des Uterus überzugehen. Und selbst beim Gelingen der Enukleationsoperation wurde der angestrebte Erfolg, die Erhaltung der Schwangerschaft häufig durch nachfolgende Aborte zunichte. Troell berechnet die Abortgefahr nach verschiedenen Statistiken auf 23%.

Heute ist man allgemein der Ansicht, sich am besten zunächst abwartend zu verhalten. Die Mehrzahl der Fälle erfordert nur sorgfältige Überwachung. Ist man durch dringende Erscheinungen, vor allem Druck und Stauungserscheinungen zur Operation gezwungen, so ist die Extirpation des schwangeren Uterus mitsamt

den Myomknoten die Operation der Wahl. Die Resultate dieser Operation sind für die Mütter im Laufe der Jahre immer bessere geworden und stehen nicht hinter denen bei nicht gravidem Uterus zurück.

Während der Geburt: Etwa durch den Geburtsakt polypös in die Scheide hinein entwickelte Myome lassen sich ohne Gefahr abtragen. Auch Enukleation großer Tumoren, die den Gebärkanal verlegen und welche von unten her zugänglich sind, ist zuweilen möglich. Sitzt der Tumor auf oder im Becken, dann kann man zunächst Repositionsversuche machen. Weicht das Myom aus, dann sind bei geringer Raumbeschränkung Entbindungsversuche mit Wendung, Zange oder Perforation erlaubt. Keinesfalls darf die Extraktion an einem im Becken liegenden Myom vorbei mit Gewalt geschehen; gelegentlich kann Hystreuryse oder auch vaginaler Kaiserschnitt bei mangelhafter Ernährung am Platze sein. Wenn die genannten Maßnahmen zu keinem Erfolge führen, dann ist die Laparatomie und Kaiserschnitt am Platze, mit dem im allgemeinen die Extirpation des Myoms oder zugleich des Uterus vorgenommen wird.

Während der Nachgeburt und des Wochenbettes: Hier steht die konservative Behandlung an erster Stelle. Ist eine stärkere Blutung nach der Geburt durch die üblichen Mittel nicht zu stillen, dann kann die Extirpation des Uterus in Frage kommen. Bei Torsion und Inversion, bei Infektion oder Gangräneszierung ist die Extirpation des Uterus nicht zu umgehen, wenn nicht die vaginale Myomektomie möglich ist.

Was die Frage der Röntgentherapie betrifft, so ist eine solche bei der Komplikation von Myom mit Schwangerschaft abzulehnen. Einer bestehenden Schwangerschaft droht dadurch die Gefahr der Unterbrechung, außerdem ist man fast ausnahmslos der Meinung, daß durch die Strahlenbehandlung den Keimdrüsen und damit der Nachkommenschaft Gefahren drohen und daß man nur in Fällen bestrahlen soll, in denen auf Fortpflanzung endgültig verzichtet werden darf und in denen man Sterilität herbeiführen will.

Nach diesem kurzen Auszug aus meiner Arbeit „Myom und Gravidität“ soll das Bild noch durch nachfolgende tabellarische Aufstellung der Fälle aus der II. gynäkologischen Klinik in München (1920—25) ergänzt werden.

	1920	1921	1922	1923	1924	1925
Zahl der Fälle	—	7	3	4	2	2
Subseröse Myome		1	1	1		
Intramurale Myome	—	1	1	–	—	1
Submucöse Myome	—	—	—	—	—	—
Intramurale und subseröse Myome kombiniert	–	1	1	1	1	1
Intramurale und intraligamentäre Myome kombiniert		1	—	1	—	—
Schwangerschaftskomplikationen	—	5	—	3	1	2
Extrauteringravidität	–	1	—	–	—	–
Fehlgeburten	–	1	—	1	1	—
Geburtshindernis		1		—	—	—
Operative Eingriffe	—	7	3	3	2	2
Totalextirpation		5	2	1	1	2
Enucleation	—	1	1	—	—	
Interruptio graviditatis	–		—	2	—	—
Evacuatio uteri	—	1	—	–	1	—
Postoperative Todesfälle . . .	—	—	—	—	—	—

Es sei mir noch gestattet, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Professor Dr. Weber, Vorstand der II. gynäkologischen Klinik zu München für die gütige Überlassung des Themas und Übernahme des Referates, sowie Herrn Privatdozenten Dr. Hans Saenger, Oberarzt der Klinik, für die erste Durchsicht nach Abfassung der Arbeit meinen ergebensten Dank zum Ausdruck zu bringen.

Literatur

Arnheim, Dissertation von 1904
Bumm, Grundriß zum Studium der Geburtshilfe
Caut, Dissertation von 1903
Donderer, Dissertation von 1922
Döderlein, Handbuch der Geburtshilfe
Fritsch, Geburtshilfe
Gusserow, Die Neubildungen des Uterus
Hofmeier, Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. 30 und 42
Kleinschmidt, Dissertation von 1914
Kohasi, Dissertation von 1910
Krönig-Pankow, Lehrbuch der Geburtshilfe
Küstner, Lehrbuch der Gynäkologie
Landau, Myom bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
Levy, Dissertation von 1912
Luyken, Dissertation von 1912
Menge-Opitz, Handbuch der Frauenheilkunde
Rahm, Dissertation von 1922
Schröder, Geburtshilfe
Scipiades, Myom und Schwangerschaft, Mitteilung aus der 2. Frauenklinik zu Budapest
Stratz, Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie
Troell, Studien über das Uterusmyom in seinen Beziehungen zu Konzeption, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
Veit, Handbuch der Geburtshilfe
Vieten, Dissertation von 1905.
Virchow, Die Lehre von den krankhaften Geschwülsten.
v. Winkel, Handbuch der Geburtshilfe.

Lebenslauf

Geboren wurde ich

ALFRED DEISZ

am 6. November 1902 in München als Sohn des Herrn Alfred Deisz, damaliger Postassessor, derzeitiger Oberregierungsrat Oberpostrat zu München und seiner Gemahlin Auguste Deisz geb. Füger. Die Volksschule besuchte ich zu Bamberg in Oberfranken, die Mittelschule (Wilhelmsgymnasium) von 1913 bis 1921 zu München, woselbst ich am 27. April 1921 das Reifezeugnis erhielt. Vom Sommersemester 1921 bis zum Wintersemester 1925/26 oblag ich dem Studium der Medizin an der Ludwig-Maximilian-Universität in München, bestand im Sommer 1923 die ärztliche Vorprüfung, unterzog mich vom 12. April bis 25. Juni 1926 dem ärztlichen Staatsexamen und am 12. Juli 1926 dem ärztlichen Doktorexamen.